**Załącznik nr 1 do SIWZ**

…………………………………..…………..

*(pieczątka firmowa Wykonawcy)*

**Stołeczne Centrum**

**Opiekuńczo -Lecznicze Spółka z o.o.**

**ul. Mehoffera 72/74**

**03-131 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na:**

**„****Sukcesywną dostawę** **leku pn. Nadroparinum calcicum / FRAXIPARIN wraz z osprzętem dla Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Leczniczego Sp. z o.o., 03-131 Warszawa”**

**Dane Wykonawcy**

Pełna nazwa (Zamawiający dopuszcza czytelną pieczęć)

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Dokładny adres:

miejscowość………………………………………………………………………………..……………

ul……………………………………………………… tel.: …………………………../fax:………………..

e-mail………………………………………………………………

Bank /Numer konta bankowego: …………………………………......................……………………………

NIP………………………………………

Regon……………………………………

**OSOBA UPRAWNIONA DO REPREZENTOWANIA FIRMY (ujawniona w rejestrze lub ewidencji** )

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………...……

Pełniona funkcja:……………………………………………………………….……………..………….…

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM:**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………...……

Adres: ………………………………………………………………………………………….…………

Nr telefonu: …………………………………………………………………………………………..……

Nr fax-u: …………………………………………………………………….……………….……………

e- mail: ……………………………………………………………………………….…………………

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

* cena netto: ………………....…..zł.,  
   (słownie złotych:...........................................................................................................................)
* podatek VAT: ……………………...zł.,  
  (słownie złotych:...........................................................................................................................)
* cena brutto: ……………………...zł.  
  (słownie złotych:...........................................................................................................................)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa międzynarodowa lub handlowa** | **Dawka, postać** | **Wielkość jednostki** | **Ilość jednostek na SCOL** | **cena netto za jednostkę** | **Cena brutto za jednostkę** | **wartość brutto** |
| 1 | Nadroparinum calcicum / **FRAXIPARIN + osprzęt ( 10 mini-spike + 100 strzykawek )** | 9 500 j.m. Axa/ml roztwór do wstrzykiwań , 10 fiolek po 5 ml | 1 opak. | 145 |  |  |  |

1. **Oświadczenia wykonawcy**:
2. Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z warunkami realizacji przedmiotu zamówienia i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że związany jestem złożoną ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
4. Osobą wyznaczona do kontaktu z Zamawiającym w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia wyznaczamy **p.** …………………………………………….; **tel.** ……………………………………….;

**e-mail:** ……………………………………………….

1. Akceptujemy treść wzoru umowy (**załącznik nr 3 do SIWZ**) i podpiszemy umowę w terminie wskazanym przez Zamawiającego w siedzibie Zarządu Spółki przy ul. Szubińskiej 4, 01-958 Warszawa.
2. Przedmiot zamówienia wykonamy:

-bez udziału podwykonawców\*

- z udziałem podwykonawców,

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(dane podwykonawcyy )*

........................................., dnia........./............/2018 r.

...........................................................................

*( pieczątka/i imienna/e i podpis/y upoważnionego/ych*

*przedstawiciela/i wykonawcy)*

\* niepotrzebne skreślić